

La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale : les enjeux scientifiques et sociopolitiques

Marc-Adélaïde Tremblay et Charlotte Poirier

Volume 14, numéro 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031485ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031485ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Tremblay, M.-A. & Poirier, C. (1989). La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale : les enjeux scientifiques et sociopolitiques. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 11–34. <https://doi.org/10.7202/031485ar>

Éditorial

La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale : les enjeux scientifiques et sociopolitiques

Marc-Adéland Tremblay*

Charlotte Poirier**

Le sens de notre démarche

C'est à la demande du directeur de *Santé mentale au Québec* que nous avons entrepris cette tâche de mettre à découvert et de commenter les différents enjeux qui confrontent la recherche psychosociale dans le domaine de la santé mentale. La thématique proposée comporte une amplitude peu ordinaire et est d'une grande complexité par la multiplicité des facteurs et des dynamismes à prendre en compte. Aussi, il n'est guère surprenant que le sujet soit apparu rébarbatif à quelques chercheurs expérimentés et à des cliniciens chevronnés qui ont jugé préférable de ne pas acquiescer à la demande du directeur. Cette réaction, qui n'est sans doute pas univoque, nous a semblé significative sous l'angle de la démarche que nous entendions utiliser et par rapport à des idées maîtresses que nous escomptions proposer. Celle-ci renvoie aux conditions sociopolitiques de la production des connaissances dans ce champ d'étude tandis que celles-là s'inscrivent au cœur de cette dernière et se rapportent à la praxis de la recherche sociale¹ et aux dynamismes qui la transforment.

Nous sommes conscients que notre témérité ne peut être pleinement justifiée ! Malgré tout, il nous paraît utile de spécifier notre problématique, sans avoir à documenter nos propres expériences de « recherche sur le social »². Dans un premier temps, nous avons examiné la littérature québécoise pertinente sans toutefois viser à une compilation exhaustive. Nous avons été frappés par l'abondance des recherches psychosociales dans des champs aussi variés que les toxicomanies, la délinquance et la criminalité, la violence conjugale, les enfants mal aimés, la monoparentalité, la précarisation, le chômage, le suicide, et plus récemment, les aspects psychosociaux de l'accouchement, du vieillissement et de la solitude, de la fatigue et du surmenage, des maladies sexuellement transmises et du SIDA. Mais c'est certes dans le domaine de la santé mentale que l'on trouve le plus grand nombre d'études portant sur les aspects psychosociaux de la détresse psychologique et du désordre psychiatrique. Toutes intéressantes qu'elles fussent, ces études, à part quelques exceptions, ne nous projetaient pas au cœur des enjeux que nous voulions débattre. En bref, nous n'ambitionnons pas de présenter un bilan critique des travaux en santé mentale au Québec puisque ce travail a déjà été réalisé avec brio (Corin, 1987 ; Tousignant, 1987). Nous nous intéressons plutôt aux conditions de production des connaissances en santé mentale, un champ bien identifié depuis le milieu des années 50 (Jahoda, 1958) mais qui a connu un essor plutôt lent, ici au Québec, en dépit d'efforts amorcés dans le Rapport Bédard-Lazure-Roberts (1962), dans le Rapport Castonguay-Nepveu (1970) et dans les orientations récentes portant sur la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques (1989).

Devant la pauvreté des productions scientifiques traitant de cette question sous l'angle de nos préoccupations, il nous est apparu nécessaire d'élargir le bassin de la production aux États-Unis et à l'Europe (France,

* Marc-Adéland Tremblay est professeur au Département d'anthropologie de l'Université Laval et président du Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.).

** Charlotte Poirier est, depuis 1988, attachée de recherche au C.Q.R.S.

Les auteurs expriment leur gratitude au Conseil québécois de la recherche sociale qui a mis à leur disposition les ressources nécessaires à la réalisation de ce travail. Nous exprimons également nos remerciements aux chercheurs qui nous ont accordé une entrevue dans le cadre de cette étude.

Angleterre, Pays-Bas et Scandinavie). Mais, cette littérature, justement, nous sensibilisait à l'éventail des disciplines scientifiques qui s'intéressaient, sous un angle donné, aux aspects psychosociaux d'un phénomène particulier et nous instruisait sur les différentes perspectives conceptuelles et les approches méthodologiques de la recherche psychosociale. Mais elle nous renseignait peu sur les conditions de production et d'utilisation de ces connaissances. C'est ainsi que nous en sommes venus à concevoir une troisième étape centrée sur des entrevues intensives auprès de chercheurs et de cliniciens du Québec reconnus pour leurs travaux à caractère psychosocial dans le domaine de la santé mentale.

Les informateurs clefs, au nombre de quatorze³, sélectionnés en fonction de leur engagement en recherche psychosociale dans leurs disciplines respectives, auraient à répondre essentiellement aux mêmes questions contenues dans un schéma établi. Ce dernier couvrirait six thèmes, soit :

- a) la formation académique et les fonctions professionnelles ;
- b) les conceptions et définitions de la recherche psychosociale ;
- c) les genres de problématique, les modes d'observation et les types d'analyse utilisés ;
- d) les sources de financement et les modes d'attribution des subventions ;
- e) la diffusion scientifique, le transfert des connaissances et l'utilisation des résultats ; et
- f) l'avenir de la recherche psychosociale sur l'horizon de l'an 2000.

Les chercheurs interrogés, à une ou deux exceptions près, disposent d'une double formation disciplinaire qu'ils ont reçue soit au Canada, aux États-Unis ou en Europe. On les retrouve à l'université (3), dans des centres de recherche à affiliation universitaire dans des établissements psychiatriques (8) et dans des établissements de santé voués principalement à la distribution de services et de soins de santé (3). Ils s'identifient à trois ou quatre écoles différentes, utilisent un des trois modèles théoriques que nous définissons plus loin et doivent confronter sensiblement les mêmes difficultés dans leurs efforts de production de connaissances nouvelles dans un domaine pourtant jugé prioritaire par les législateurs, les gestionnaires et les intervenants professionnels tant en Europe que sur le continent nord-américain⁴. Toutes les disciplines s'intéressant au psychosocial ne sont pas représentées par les interviewés mais on retrouve (par ordre alphabétique) l'anthropologie, l'ethnopsychologie, la philosophie, la psychologie, la psychiatrie, la psychanalyse, la sociologie et le travail social. Étant donné la nature du champ d'étude, la psychiatrie, dans divers courants théoriques, est particulièrement bien représentée (psychiatrie comportementale, psychiatrie clinique, psychiatrie communautaire, psychiatrie épidémiologique, psychiatrie sociale). Il aurait fallu augmenter le nombre des informateurs pour retrouver dans l'univers d'observation d'autres disciplines comme la médecine sociale et préventive, la médecine psychosomatique, etc. Une autre lacune importante de notre démarche empirique se rapporte aux disciplines biologiques et neurologiques qui s'intéressent au psychosocial : c'est une faiblesse que nous nous proposons de corriger dans des travaux ultérieurs.

Le psychosocial : espace d'interface en santé mentale

C'est une constatation bien établie en production scientifique que le même objet d'observation peut être scruté par plusieurs disciplines différentes en utilisant des schèmes conceptuels et des processus méthodologiques qui découlent de leurs traditions particulières. Ainsi la maladie mentale, par exemple, peut être examinée par des disciplines les plus diverses allant de la génétique à la neurologie, de la pharmacologie à la psychiatrie et de la psychologie à l'anthropologie pour en nommer quelques-unes. Chacune de ces disciplines observe un aspect particulier de la santé mentale ou des désordres psychiatriques selon son optique propre (selon le type de regard projeté sur cet objet), tout en ne négligeant pas, à l'occasion, surtout dans les situations où elles apportent une contribution aux travaux d'équipes pluridisciplinaires, d'établir des interrelations à des interprétations ressortissant de démarches parallèles, complémentaires, ou divergentes. À l'intérieur d'une même discipline, comme on le sait, différentes perspectives conceptuelles ou écoles théoriques peuvent permettre d'obtenir des observations différentes sur le même objet d'étude. En psychiatrie, par exemple, un modèle behavioriste sera centré sur les comportements tandis qu'un modèle psychodynamique renverrait à la transformation des attitudes et des émotions et qu'un modèle structurel s'appliquerait aux institutions

sociales. Cette diversité dans le positionnement par rapport à un même objet fournit des lectures qui entretiennent souvent entre elles très peu de correspondance. Dans le domaine de l'application et de l'intervention, les constats de ces différents regards disciplinaires se traduisent dans des démarches cliniques et d'intervention sociale conséquentes. La psychiatrie est peut-être la discipline où il existe un des éventails paradigmatiques le plus large qui soit, même depuis que le modèle conceptuel du bio-psycho-social soit devenu le schème dominant et qu'il ait indirectement freiné le foisonnement des problématiques.

Pendant que ce mouvement de diversification conceptuelle se produisait à l'intérieur des disciplines psychiatrico-centriques, d'autres horizons disciplinaires envahissaient le champ jadis réservé presque exclusivement à la neuropsychiatrie pour y produire des observations et des interprétations nouvelles. Par l'ajout d'un nombre de plus en plus grand de regards disciplinaires différents sur les mêmes réalités, on a pris conscience du morcellement du champ explicatif surtout en ce qui a trait aux déterminants du désordre psychiatrique et à ses conséquences psychosociales et socioculturelles (Tousignant, 1987). Ce fractionnement spécialisé de l'objet a nécessité l'établissement de processus médiateurs visant à raccommoder les parties ou à créer des jonctions entre elles. Une des voies privilégiées de la médiation conceptuelle consiste à utiliser une double et même une triple perspective disciplinaire dans l'analyse de l'objet afin de couvrir des univers phénoménologiques plus larges ou de valider des espaces aux contours restreints.

TABLEAU 1

*Le psychosocial, espace d'interface :
pratique de recherche selon les référents disciplinaires*

LE PSYCHOSOCIAL

	BIOLOGIE	PSYCHIATRIE	PSYCHOLOGIE	SOCIOLOGIE	ANTHROPOLOGIE
1*					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

* Code numérique des chercheurs interviewés

L'éventail des perspectives disciplinaires s'intéressant à la globalité dans le champ de la santé mentale s'élargit sans que l'on soit encore en mesure de fournir des explications totalement satisfaisantes sur l'impact des processus génétiques, psychopathologiques, écologiques ou socioculturels à la base soit de l'étiologie, de la thérapie ou de la prévention des maladies mentales. C'est ainsi que certains aspects de la réalité observée dans le domaine de la santé mentale, par exemple, se trouvent ainsi projetés au cœur des préoccupations de plusieurs disciplines différentes cherchant à intégrer dans une visée unique, une réalité multiforme et polysémique qui est elle-même soudée dans une unité corps-esprit, personne-milieu, nature-culture. Une des hypothèses que nous soutiendrons est à l'effet que le psychosocial, dans le domaine de la santé mentale à tout le moins, est devenu un espace d'interface entre les sciences biologiques, les sciences psychologiques et les sciences culturelles. Cet espace interstitiel, avec l'évolution du schéma explicatif dans le secteur psychiatrique, est désigné par un concept de référence d'une telle importance qu'il est en passe d'acquérir une valeur de convergence. Il s'agit, bien entendu, du psychosocial.

Par ailleurs, toute tentative pour définir le psychosocial se bute à de nombreuses difficultés historiographiques, épistémologiques et sémantiques qui renvoient à l'histoire transculturelle des disciplines psychosociologiques, à leurs fondements et justifications et aux significations des explications qu'elles véhiculent. Le psychosocial est cet univers qui se déploie au-delà du biologique sans atteindre complètement le culturel. Il occupe une place mitoyenne sur un continuum où le somatique se situe à l'une des extrémités et le culturel à l'autre. Ces trois positions peuvent se représenter sur un continuum de la manière suivante.

SCHÉMA 1

SOMATIQUE	PSYCHOSOCIAL		CULTUREL
BIOLOGIE	PSYCHOSOCIOLOGIE	SOCIOPSYCHOLOGIE	ANTHROPOLOGIE

L'approche bio-psycho-sociale de la maladie mentale, comme nous l'affirmions plus tôt, est certes celle qui est la plus populaire dans le discours officiel de chercheurs appartenant à différents horizons disciplinaires et dans celui des intervenants professionnels. Elle se veut compréhensive par rapport à la recherche de ses déterminants et de ses conséquences. En revanche, elle laisse complètement à découvert les réponses institutionnelles, les interventions professionnelles et les pratiques sociosanitaires. Autrement dit, cette approche laisse de côté certains aspects qui ne relèvent pas du type de regard posé sur l'objet. Pour notre part, nous plaçant uniquement sous l'angle de la valeur du schéma explicatif de la maladie mentale, nous comprenons ce vacuum comme étant relié à des traditions disciplinaires qui atteignent la globalité dans l'énonciation seulement, ce qui à nos yeux n'est pas loin de représenter, par ses composantes justificatrices, une idéologie. Pourrait-on aller jusqu'à prétendre que, vue sous l'angle de l'intentionnalité, cette idéologie représente une volonté d'appropriation de certaines formes d'autorité?

Afin de dénouer cette impasse, issue des divergences entre la rhétorique et la pratique, caractérisons brièvement l'historique des nouvelles convergences disciplinaires selon deux voies complémentaires. L'une, sans doute la plus ancienne si on utilise des critères explicites, prend ses origines dans le mouvement graduel des sciences sociologiques et anthropologiques vers le psychologique (le psyché) et le biologique (le soma). Cette voie est représentée par des disciplines aussi variées que: la *psychosociologie* (comment les perceptions, les valeurs et les comportements de la personne découlent et informent à la fois les structures sociales); la *sociopsychologie* (comment les institutions, les normes sociales, les systèmes de rôles et d'attentes collectifs modifient les conduites individuelles); l'*anthropologie psychologique* (les rapports entre la nature et la culture, entre l'inné et l'acquis, ou encore plus fondamentalement, les fondements culturels de la personnalité et les fonctions psychologiques de la culture); l'*anthropologie écologique* (les interrelations entre l'homo faber et son milieu environnant, naturel et culturel); et l'*ethnopsychologie* (la psychologie des civi-

lisations sans écriture). L'autre voie émerge d'une direction opposée. Elle inclut des disciplines aussi variées que la biologie, la physiologie, la neurologie, la pharmacologie et la médecine psychosomatique qui cherchent, sous l'éclairage de certaines perspectives, à remonter jusqu'au socioculturel par la médiation du psychologique et du psychosocial. Ces nouvelles orientations théoriques se traduisent dans tout un éventail de disciplines nouvelles que nous caractériserons sommairement par leurs finalités. Ce sont, pour référer à celles qui nous sont les mieux connues : la *psychoneurologie* (l'influence des perceptions, des attitudes et des comportements sur les réactions du système nerveux); la *psychophysiologie* (l'impact des émotions sur le fonctionnement des systèmes organiques, c'est-à-dire, digestif, cardio-vasculaire, reproducteur, respiratoire, etc.); la *psychopharmacologie* (les réactions psychologiques à la prise de médicaments — antidépresseurs, tranquillisants, etc.); la *médecine psychosomatique* (comment les émotions, les expériences de vie et les attitudes peuvent produire les changements physiologiques qui se traduisent dans des maladies de civilisation); et cette nouvelle science, si remplie de promesses, la *psychoneuroimmunologie* (étude des relations entre l'esprit, le système nerveux central et le système immunitaire). Cette science évolue rapidement par suite de l'ensemble des travaux immunologiques d'importance qui se poursuivent sur les déterminants du cancer et sur ceux du SIDA. Par contre, les études sur les relations entre les changements dans le système immunitaire et les facteurs psychosociaux sont à caractère expérimental et se produisent *in vitro*, étant centrées sur les états de stress induits. C'est-à-dire, on soumet les sujets à des situations stressantes et on mesure les transformations qu'elles produisent dans le système immunitaire.

Ces deux voies complémentaires et l'ensemble des disciplines qu'elles recouvrent permettent aux scientifiques qui les empruntent d'aspirer à une compréhension holiste (c'est-à-dire, globale et intégrée) du corps-esprit («mind-body») de la personne-dans-sa-culture, par leur enracinement dans l'organique et leur déploiement vers le culturel (Cunningham, 1987; Foss et al., 1987; Wulff et al., 1986). Le psychosocial est justement à la lisière de ces deux convergences dans la mesure où il se situe au centre d'une perspective théorique qui se déploie à partir de l'organique et d'un modèle conceptuel qui découle de l'analyse culturelle.

Cette diversité des disciplines, par leurs positions respectives pour étudier le psychosocial, rend une conception précise de ce champ d'étude difficile, tant par rapport à sa nature que sous l'angle de l'établissement de ses frontières en amont comme en aval. Le modèle organique du psychosocial ne se rend pas jusqu'aux phénomènes culturels tandis que le modèle culturaliste du psychosocial éprouve de la difficulté à concevoir les fondements comme à identifier l'impact des multiples composantes de l'organique. Cet espace d'interface de traditions disciplinaires des plus variées occupe un statut épistémologique d'une grande importance. S'il est fécond de plus d'une manière, en ce sens que les explications qu'il permet acquièrent un registre expansionniste plutôt que réductionniste, il n'en suscite pas moins plusieurs questionnements et, surtout, des enjeux de taille. Ces enjeux se rapportent à l'établissement de ses frontières, à la concurrence des paradigmes d'explication, à la conception polyvalente des démarches d'observation, à la fabrication des instruments de mesure, au financement d'enquêtes particulières, à l'évaluation des demandes de subvention par des comités de pairs et aux règles d'attribution de ces subventions, à l'utilisation des résultats de la recherche dans l'intervention et au transfert des connaissances empiriques aux situations cliniques, dans la gestion des programmes et des services et dans l'énoncé des politiques socio-sanitaires. Ce sont ces enjeux que nous voulons examiner d'une manière détaillée en nous appuyant sur les données documentaires amassées et, principalement, sur les données d'observation récoltées auprès des informateurs clefs.

Les enjeux de la recherche psychosociale en santé mentale

L'univers psychosocial

Étant donné son statut d'espace référentiel de centralité pour plusieurs disciplines différentes s'intéressant à la santé mentale / maladie psychiatrique, la définition de l'univers psychosocial devient un enjeu très important pour mieux saisir sa nature, son étendue et sa force explicative. Nous réalisons, par l'analyse des entrevues, que nous sommes en présence d'un enjeu majeur : il nous invite à soulever trois questions à son sujet.

TABLEAU 2

*Types de déterminants utilisés par les chercheurs
interviewés dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale*

BIOLOGIQUES	PSYCHOLOGIQUES	ENVIRONNEMENTAUX	SOCIAUX	CULTURELS
Génétiques	Caractéristiques personnelles	Stress	Caractéristiques socio- démographiques	Traditions culturelles
Neurologiques	Mécanismes d'adaptation	Événements de la vie	Conditions socio-économiques (pauvreté, sous-emploi)	Normes et valeurs
Physiologiques	Capacités de l'individu (le «coping»)	Famille, école amis, voisinage, milieu de travail	Conditions socio-juridiques	Idéologies etc...
Biochimiques	Expériences etc...	Interventions cliniques	Milieu urbain, rural	
Pharmacologiques		Programmes, services	Classe sociale	
etc...		<i>Réseau de support social</i> etc...	Intégration sociale	
			Politiques sociales etc...	

La première se rapporte à l'identification de critères pouvant permettre de définir le champ d'étude par le biais des pratiques d'observation des chercheurs. La seconde est un corollaire de la précédente en ce qu'elle nous renvoie à l'établissement de frontières tant du côté biopsychologique que du côté psychoculturel, les variables privilégiées par les chercheurs dans leurs démarches d'observation nous servant d'éléments différenciateurs. Une troisième question se réfère à l'importance relative du psychosocial dans l'univers explicatif total. Gardant ces questions en mémoire, nous avons parcouru nos matériaux dans le but d'obtenir des lectures qui nous aideraient à proposer des réponses provisoires et illustratives à ces questionnements fondamentaux. Le constat qui se révèle à une première lecture n'a rien de surprenant puisqu'il ajoute du poids à une impression exprimée par un certain nombre. Le psychosocial est un univers de recherche qui, couvrant un domaine dont l'étendue est imprécise tant du côté biologique que culturel, rend l'établissement de ses frontières difficile. L'identité du champ étant imprécise, il perd quelque peu de sa crédibilité et il ne reçoit pas (malheureusement) toute la reconnaissance scientifique à laquelle il aurait droit auprès des gestionnaires de la recherche. Par ailleurs, le psychosocial, il faut bien le concéder, peut devenir un concept «fourre-tout» et «passe-partout» si on ne prend pas soin d'explicitier à tout le moins ses composantes, faute de fixer ses limites. En l'absence d'efforts spécificateurs, loin d'éclairer les démarches d'observation, il risque de les obscurcir.

Ces considérations étant énoncées à titre de préalables, il est aussi bien connu que le type de formation reçue par les chercheurs, les auteurs préférés auxquels ils se réfèrent ainsi que le type de milieu scientifique dans lequel ils évoluent influent à la fois sur leurs conceptions du psychosocial et sur la construction du processus lui-même de production des connaissances dans ce champ d'étude. Si on cherche à apporter plus de précision dans les conditions contextuelles de la définition du champ d'étude des chercheurs visités, d'autres observations plus fines se dégagent. La définition du psychosocial varie en fonction de la finalité du champ

de recherche, de l'objet particulier d'étude (c'est-à-dire, la question posée à la réalité), de l'orientation du chercheur soit par rapport au continuum du «trouble mental» ou par rapport à celui de la «santé mentale»⁵ et de la position épistémologique du chercheur.

Les finalités de la recherche

Les finalités de la recherche psychosociale en santé mentale se traduisent sur trois registres différents, soit, ceux de la recherche fondamentale, de la recherche clinique et de la recherche-action, chaque type de registre donnant lieu à une conception particulière du psychosocial et à une logique opératoire conséquente.

En recherche fondamentale, par exemple, les efforts sont centrés sur l'identification des déterminants du trouble psychiatrique et de ses dynamismes d'évolution cherchant par là à déceler une étiologie attribuable à des ensembles de facteurs reliés, la plupart du temps, à des attributs biomédicaux de la personne atteinte (affections héréditaires⁶, fragilité de la constitution organique diminuant la résistance aux agressions externes (environnementales), traumatismes neurologiques liés à des accidents physiques ou chimiques, et ainsi du reste). L'explication du trouble psychique et de sa pathogénèse se modèle, conséquemment, sur des facteurs issus du modèle bio-médical, bien que ces chercheurs reconnaissent, en principe en tout cas, l'impact du psychologique et du social dans le cas de certaines pathologies liées aux expériences de vie et à leur interprétation subjective ou encore à l'impact d'un tissu social de support déficient ou inexistant.

TABLEAU 3

*Types de déterminants intégrés dans les modèles théoriques utilisés
par les chercheurs interviewés dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale*

TYPES DE DÉTERMINANTS					
Modèles utilisés	Biologiques	Psychologiques	Environnementaux	Sociaux	Culturels
Bio-médical	—————				
Bio-psycho-social	—————	—————			
Écologique		—————	—————	—————	—————
Socioculturel			—————	—————	—————

Quant à la recherche clinique et évaluative, le chercheur (et parfois, le chercheur-clinicien) s'applique à déceler des avenues plausibles d'intervention et des modèles d'amélioration de la condition psychopathologique. Essentiellement, l'observation porte sur les relations entre le client et son thérapeute, sur les valeurs des techniques thérapeutiques utilisées et des expériences relationnelles ou symboliques mises à l'essai durant le processus thérapeutique. L'analyse du cadre et des pratiques thérapeutiques ainsi que des transactions auxquelles elles donnent lieu, vise à valider une démarche par les résultats adaptatifs qu'elle suscite chez le malade. Le schème théorique d'arrière-plan place l'accent sur le modèle écologique. Celui-ci, tout en ne rejetant pas l'impact plausible des facteurs organiques, recherche davantage les dynamismes de fixation ou de transformation du trouble psychique dans l'espace-temps transactionnel immédiat qui, sur le plan symbolique en tout cas, peut reproduire en miniature, l'espace-temps externe avec ses principales propriétés (dimensions historiques et environnementales).

Le troisième axe d'orientation de la recherche est la prévention et la promotion de la santé mentale. Nous sommes ici en présence de la recherche-action, celle qui se bâtit par les rétroactions que le chercheur veut susciter par ses travaux d'observation (il agit alors à la manière d'un reflet ou d'un miroir) sur des populations particulières. L'intention du chercheur est de construire et d'établir des programmes sociosanitaires

pour éliminer les facteurs de risque, identifiés par les travaux de la nouvelle épidémiologie sociale. C'est une démarche à caractère d'application et le modèle théorique utilisé est de nature socioculturelle. Cela suppose que le chercheur connaisse bien le système de valeurs de ces populations, leurs modes de vie et les risques qu'ils comportent pour leur santé mentale (chômage, solitude, deuil, violence, discrimination, etc.). Les programmes éducatifs doivent non seulement informer les populations sur les facteurs de risque mais aussi sur les conditions à établir en vue d'une prise en charge et d'une modification des conditions et des modes de vie. Les efforts effectués en ce sens dans la lutte contre la pandémie du SIDA mettent en relief le bien-fondé d'un tel type de démarche.

L'objet de recherche

La conception du champ psychosocial est également tributaire de la nature de l'objet de recherche. Sous cet éclairage, nous sommes enclins à adopter les trois axes ou dimensions évoqués dans le document du gouvernement du Québec sur la santé mentale (1989, 21-22) à savoir: un axe plus proprement biologique où les composantes renvoient aux facteurs constitutionnels et physiologiques; un axe psycho-développemental qui place l'accent sur les aspects cognitif, affectif et relationnel de la personne; et un axe de contextualisation socio-environnemental qui fait référence à l'intégration sociale de la personne dans un milieu particulier et aux relations qu'elle entretient avec des personnes dans un réseau social donné. D'une manière générale, sans se référer aux catégories diagnostiques du DSM-III mais en se basant sur le degré de gravité des «problèmes de vie» des personnes souffrant de problèmes psychiatriques ou d'intérêt psychiatrique, on peut les regrouper dans trois catégories ayant un certain degré d'homologie avec celles définies plus haut par les axes:

TABLEAU 4
*Types de modèles théoriques utilisés par les
chercheurs interviewés*

TYPES DE MODÈLES THÉORIQUES

Chercheurs	Bio-psycho-social	Écologique	Socioculturel
1			X
2			X
3	X		
4			X
5	X		
6		X	
7		X	
8	X		
9		X	
10	X		
11		X	
12		X	
13			X
14			X
Total	4	5	5

a) les troubles mentaux graves, habituellement persistants, associés à un désordre psychiatrique profond renvoyant à un degré d'incapacité par rapport à une compétence sociale de base et à l'établissement de relations interpersonnelles stables. Les personnes atteintes sont habituellement appelées «malades mentaux chroniques» et forment le principal contingent de la psychiatrie d'établissement;

b) la détresse psychologique (dépression, agressivité, phobie, anxiété, expérience traumatisante) fait partie d'un groupe de désordres mentaux transitoires, d'intensité variable et empêche les personnes atteintes d'accéder à un niveau de fonctionnement psychologique et socioculturel normal. Une aide appropriée au moment opportun peut les aider à recouvrer leur degré de fonctionnement antérieur. Ces malades constituent le contingent de la psychiatrie légère traitée dans les hôpitaux généraux et dans les cliniques privées;

c) le cas de personnes dont la santé mentale est menacée parce qu'elles affrontent des conditions de vie difficiles («événements critiques de la vie») ou qui sont soumises à des expériences qu'elles jugent intolérables. On retrouve ici à la fois les facteurs de risque dans l'environnement de la personne et la vulnérabilité de cette dernière face à des événements particulièrement traumatisants.

Cette typologie ne tient pas compte de la déficience intellectuelle ni des troubles mentaux à causalité multiple conjugués à des constellations de situations et de facteurs particuliers (itinérance, criminalité, toxicomanies, violence, abus sexuels, etc.).

Une orientation de base

Les chercheurs qui entreprennent des études sur ces différentes catégories de personnes éprouvant des problèmes de nature psychiatrique s'inspirent habituellement d'une orientation de base qui les situe soit dans le champ des maladies psychiatriques (les catégories a et b) ou dans celui de la santé mentale. Tandis que dans les deux premiers cas, les chercheurs travaillent sur des échantillons restreints de personnes ayant souffert d'un désordre affectif de gravité variable dans le but de mieux connaître la nature et l'évolution de leur psychopathologie et, par voie de conséquence, de suggérer des modes thérapeutiques les plus appropriés à leurs cas respectifs, dans le domaine de la santé mentale, les chercheurs travaillent sur des échantillons prélevés auprès de populations dites normales mais étant susceptibles, selon leur degré d'exposition à des facteurs de risque, de développer des désordres reliés à l'estime de soi, à la nature des relations avec autrui et au type d'intégration dans les réseaux sociaux naturels et de soutien.

La position épistémologique

La position épistémologique de chercheurs, dans la construction du sens à donner à leur démarche et de la lecture interprétative à conférer aux résultats qu'ils obtiennent, représente certes un facteur discriminant d'importance du champ psychosocial. D'habitude, il s'agit de chercheurs qui s'intéressent tout autant aux troubles psychologiques légers qu'aux troubles psychiques graves selon une dualité référentielle qui utilise tout autant leurs propres expériences pour conférer un sens particulier à celles des autres que celles des malades et à l'interprétation qu'ils en donnent eux-mêmes. Il est à remarquer que cette position comparative qui fait appel à la symbolique et à la sémiotique n'existe pas à l'état pur. Aussi pouvons-nous distinguer deux positions épistémologiques générales : l'une est «subjectivisante» et l'autre, «objectivisante». La position «subjectivisante» se caractérise par tout un ensemble de traits qu'il nous apparaît utile de spécifier. Ces travailleurs utilisent à la fois le paradigme écologique et le modèle socioculturel comme cadres conceptuels. Ils effectuent leurs observations auprès de personnes souffrant de troubles psychiques graves (schizophrénie) en se servant comme outils de base des méthodes quantitatives auxquelles ils assortissent des lectures qualitatives. Ils ont tendance à construire eux-mêmes leurs propres instruments d'observation en s'inspirant de ceux des autres et en cherchant à les valider pour tenir compte des caractéristiques sociodémographiques et ethnoculturelles des patients. C'est un groupe de chercheurs qui oeuvrent au cœur du champ psychosocial et qui apportent des précisions sur ses frontières en amont comme en aval.

La position «objectivisante» que l'on note chez certains chercheurs du champ psychosocial est quelque peu différente. Bien qu'ils travaillent eux aussi sur des troubles mentaux graves, c'est à l'aide d'un cadre conceptuel qui s'apparente au bio-psycho-social qu'ils bâtissent leurs démarches opératoires. Ils utilisent des

TABLEAU 5

*Types de méthodologies utilisés par les chercheurs interviewés
et utilisation d'instruments quantitatifs et qualitatifs*

CHERCHEURS	MÉTHODOLOGIE							INSTRUMENTS	
	fondamentale	épidémiologique	clinique	«survey»	évaluative	descriptive	d'observation	qualitatifs	quantitatifs
1			X		X		X	X	X
2	X						X	X	X
3		X			X			X	X
4			X				X	X	X
5	X		X		X	X			X
6	X				X	X		X	X
7			X				X	X	X
8		X			X				X
9					X	X		X	X
10	X	X							X
11					X			X	X
12				X	X			X	X
13	X		X						X
14			X			X	X	X	
Total	5	3	6	1	8	4	5	10	13

méthodes quantitatives, gardant aux lectures de type qualitatif un statut de complémentarité et de subordination aux premières. Les outils dont ils se servent ont été construits et validés sur des sujets ayant des appartenances culturelles différentes des nôtres (québécoises). Leur inscription dans le psychosocial s'effectue en amont seulement, ne disposant pas des matériaux nécessaires à l'élargissement de l'effort explicatif.

La concurrence des modèles théoriques

Lieu de convergence disciplinaire, la recherche psychosociale en santé mentale renvoie à plusieurs lectures stratifiées du phénomène étudié. Les entrevues auprès des chercheurs nous ont permis d'identifier trois modèles théoriques largement utilisés dans le champ: le modèle bio-psycho-social, le modèle écologique et le modèle socio-culturel (voir tableaux 2, 3 et 4). Ces modèles sont définis, souvent les uns par rapport aux autres, selon l'interaction des déterminants priorisés dans l'étiologie, le traitement et la prévention de la maladie mentale. Cette multiplicité des modèles explicatifs traduit un champ en développement dans lequel plusieurs secteurs de la connaissance scientifique (sciences fondamentales de la santé, sciences du comportement, sciences sociales et humaines) cherchent à rendre compte de la complexité de ce champ de prospection. Les facteurs étudiés couvrent un large éventail qui va des caractéristiques proprement individuelles de nature biologique ou psychologique aux déterminants du milieu immédiat, autant de l'environnement naturel que clinique, ainsi qu'aux variables issues de contextes plus larges: le social, l'économique, le juridique, le politique et le culturel.

L'existence de différents modèles explicatifs permet d'éviter la réduction du champ à un schème conceptuel monodéterminant faisant appel soit aux variables endogènes ou aux variables exogènes à l'individu. Bien

qu'avantageux du point de vue du renouvellement des connaissances, l'existence de cadres théoriques concurrents entraîne des difficultés par rapport à une intégration cohérente de ces connaissances dans des stratégies et dans des programmes de traitement et de prévention. Tout en questionnant les pratiques actuelles en santé mentale / désordre psychiatrique, ces modèles ne reposent pas sur une tradition scientifique comparable à celle sur laquelle s'appuie l'élaboration de programmes d'intervention. Il y a donc lieu de définir les critères à partir desquels on peut retenir un modèle plutôt qu'un autre, considérant l'impact de cette sélection sur la planification et l'allocation des ressources, l'intervention des spécialistes auprès des clientèles.

Le modèle bio-psycho-social (voir tableau 3)

Le modèle bio-psycho-social, auquel s'identifient quatre des chercheurs interviewés, a pour objet l'étude de l'interaction des déterminants biologiques, psychologiques et environnementaux. Les chercheurs se réfèrent aux traditions de la psychiatrie sociale et de l'épidémiologie sociale, aux théories de l'apprentissage ainsi qu'aux programmes de soutien communautaire. Ce modèle parfois appelé «*diathesis-stress*» postule que des individus vulnérables à la maladie mentale sur la base de prédispositions génétiques ou d'exposition à certains facteurs, vont développer un désordre psychiatrique en relation étroite avec la nature de leurs expériences dans l'environnement. Ce modèle théorique est, selon l'avis d'experts du National Institute of Mental Health (NIMH), l'approche scientifique la plus intégrante et la plus heuristique de la schizophrénie. Dans l'établissement d'un plan national de recherche sur la schizophrénie, ils ont recommandé que les chercheurs analysent les facteurs psychosociaux pouvant contribuer à son étiologie ou à la modification chez les personnes de la vulnérabilité à la maladie. Selon eux, cet effort de recherche doit intégrer les connaissances des sciences du comportement dans le cadre d'analyse de la physiopathologie de la maladie en ayant à l'idée le développement de traitements psychosociaux (Carpenter et al., 1988). Ainsi selon ce cadre explicatif, les recherches doivent porter tout autant sur les facteurs de risque et de protection biologiques et psycho-environnementaux que sur l'intégration des traitements médicaux et psychosociaux. Dans une revue des études sur le tempérament de l'enfant, Maziade (1986) recommande d'établir des programmes de recherche expérimentale et longitudinale non pas sur un seul facteur génétique tel que le tempérament de l'enfant mais sur l'ensemble des facteurs de risque (biologiques et environnementaux) bien étayés scientifiquement. Selon cette perspective, l'interaction des facteurs de vulnérabilité biologique (sexe, tempérament difficile, maladie mentale parentale, dommage cérébral, insuffisance de poids à la naissance) et des facteurs de vulnérabilité environnementale (discorde maritale ou foyer désuni, dépression maternelle, famille surpeuplée, criminalité paternelle, père ayant un travail non spécialisé, enfant ayant été placé, dysfonction familiale du contrôle du comportement, conditions difficiles de scolarisation) sont associés de façon corrélative aux symptômes cliniques du désordre mental. Dans le même ordre d'idées, l'efficacité des programmes de traitement et de réhabilitation destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux repose sur une combinaison de traitements pharmacologiques et d'interventions psycho-environnementales : chimiothérapies ; interventions visant à encourager une prise régulière de médicaments et à aider les patients à évaluer leur symptomatologie ; relation thérapeutique stable ; actions orientées en fonction du fonctionnement psychosocial et occupationnel ; interventions sur les facteurs issus de l'environnement, tels que le réseau de support social et le stress (Hodgins et al., 1987).

Plusieurs critiques ont été énoncées au sujet de ce modèle parfois même par les chercheurs qui y adhèrent. Ainsi, les chercheurs utilisant le modèle de recherche bio-psycho-social construisent peu de protocoles qui tiennent compte en même temps des facteurs biologiques et des facteurs psychosociaux. Cette situation est attribuée au peu d'équipes multidisciplinaires regroupant des chercheurs des sciences de la santé et des sciences sociales, ainsi qu'à la sectorisation des organismes de subvention. Aussi, certains chercheurs considèrent que le modèle bio-psycho-social n'est en fait qu'un discours renvoyant à une pratique toute autre dans laquelle la recherche est majoritairement biologique et psychologique. Les facteurs sociaux y tiendraient une place négligeable. On considère également que le cadre bio-psycho-social, tel qu'utilisé, présente une vision «restreinte et appauvrissante» du phénomène de la maladie mentale. Ne tenant compte que des conditions de départ, ce modèle occulte l'évolution de la maladie, l'interaction entre la personne et l'environne-

ment plus large ainsi que les conditions économiques, sociales et culturelles de l'apparition de la maladie associées aux événements critiques de la vie (Brown et al., 1978; Thoits, 1983).

Le modèle écologique (voir tableau 3)

Les chercheurs (5) se référant au modèle écologique, s'intéressent à l'interaction des facteurs psychologiques, environnementaux, sociaux et culturels. Les auteurs les plus cités en lien avec ce cadre théorique sont Bronfenbrenner (1979) (psychologie du développement); Garbarino (1977) et Belsky (1980) (modèle écologique appliqué au problème des enfants négligés ou maltraités); et Barrera (1986) (support social). Selon Bronfenbrenner, quatre systèmes composent l'espace écologique: le micro-système (maison, école, lieu de travail); le méso-système (relations entre les différents contextes immédiats); l'exo-système (extension du méso-système auquel l'individu ne participe pas de façon active) et le macro-système (la culture et la sous-culture). L'interaction entre ces systèmes constitue le contexte dans lequel l'individu fait l'expérience de la réalité sociale. Ainsi, dans ce modèle, les facteurs explicatifs d'un phénomène tel que la violence familiale appartiennent aussi bien aux attributs individuels qu'aux conditions environnementales. Dans une étude sur l'utilisation des comportements coercitifs envers les enfants, Bouchard et al. (1989) identifient qu'un faible niveau de scolarité, le manque perçu de soutien, le nombre d'événements négatifs et l'importance des relations conflictuelles sont les meilleurs prédicteurs de l'utilisation par les mères de ce type de comportements. À la différence du modèle bio-psycho-social, l'environnement peut être considéré sous un angle plus large pour incorporer les conditions économiques, juridiques, sociales et idéologiques. Ainsi, les connaissances produites par le modèle écologique sur la violence familiale pourront être appliquées dans des programmes de développement des compétences parentales, mais aussi dans des stratégies visant à modifier les «structures politiques, l'organisation de la vie en communauté, le partage de la richesse et la culture de la violence» (Massé, 1989).

Selon certains chercheurs, le modèle écologique se limiterait à l'étude des déterminants psychologiques et des caractéristiques de l'environnement immédiat. Un chercheur a fait le constat que 90% de la littérature sur le phénomène de la violence, du suicide (violence intraditigée) et de la détresse psychologique porte sur les éléments du soutien social et de l'intégration sociale prise dans un sens large. On ne pousse généralement pas l'observation jusqu'aux facteurs culturels même si on mentionne leur importance dans les phénomènes examinés. Par exemple, il n'existe pas de résultats scientifiques sur le sentiment de propriété des parents sur les enfants, ou sur la valorisation de la discipline physique en tant que facteurs influençant la violence familiale. Dans les travaux sur l'épuisement («*burn-out*»), on ne mesure pas la dialectique des valeurs collectives dominantes et des valeurs individuelles idiosyncratiques en tant que dynamisme agissant sur cette manifestation symptomatologique. Cette limite serait attribuable à la finalité de la recherche. Les chercheurs utiliseraient dans leurs devis de recherche les déterminants les plus susceptibles d'être appliqués par les intervenants dans les programmes de traitement ou de prévention. On considère également que le peu de recherches sur les facteurs culturels s'explique par la structure disciplinaire du champ d'étude. Les disciplines dont l'objet porte sur les traditions culturelles et les systèmes de valeur (l'anthropologie par exemple) commencent à peine à investir ce champ d'étude et exercent, pour le moment, peu d'influence sur le choix des schèmes théoriques et l'élaboration des devis méthodologiques qui en découlent.

Le modèle socioculturel (voir tableau 3)

Dans le cadre du modèle socioculturel, les chercheurs interrogés (5) s'intéressent à l'interaction des facteurs environnementaux, sociaux et culturels. Ces chercheurs s'inscrivent dans la tradition de l'anthropologie, de l'ethnologie, de la psychanalyse, de la psychiatrie transculturelle et de la sociologie. Par ce cadre théorique, on cherche à comprendre la relation entre les variables socioculturelles et les processus psychologiques ou psychopathologiques ainsi que les facteurs socioculturels qui influent sur l'évolution de la maladie (Corin, 1989). Les chercheurs qui utilisent ce modèle théorique remettent en question la notion de maladie mentale telle que définie dans les catégories diagnostiques en psychiatrie. La totalité de la personne ne peut être réduite aux espaces professionnels des spécialistes. La maladie mentale renvoie à une réalité beaucoup

plus complexe comprenant des dimensions psychosociales, sociologiques et culturelles (Lefebvre, 1985). Selon un chercheur, la maladie se construit bien avant que le diagnostic soit posé, par le jugement négatif, l'incompréhension ou l'intolérance de la famille et du milieu de travail. La notion d'expérience de la maladie («*illness*») remplace celle de pathologie étiquetée («*disease*»). L'expérience de la maladie comprend la signification sociale et culturelle rattachée au «problème» vécu dans un contexte donné en tenant compte des expériences passées. Selon le modèle socioculturel, les facteurs étiologiques doivent être recherchés dans des contextes sociohistoriques et sociopolitiques incorporant les conditions économiques, sociales et culturelles. La recherche sur le traitement et la réhabilitation des personnes atteintes tient compte des aspects reliés à l'organisation des services de santé, aux valeurs et aux buts des professionnels sociosanitaires ainsi qu'aux valeurs, comportements et genres de vie des populations. Ces différents facteurs varient en fonction de la spécificité de la dynamique sociale et culturelle (Corin, 1989).

Tous les chercheurs interrogés qui s'inspirent soit du modèle bio-psycho-social ou écologique reconnaissent l'importance des déterminants socioculturels dans l'étiologie, le traitement et la prévention de la maladie mentale sans toutefois leur accorder un statut d'importance. Plusieurs considèrent, d'une part, que ces facteurs sont difficiles à mesurer et que, d'autre part, les résultats des recherches ne donnent pas prise à des programmes d'intervention. La principale critique adressée aux chercheurs du modèle socioculturel a trait à leur méthodologie. Les instruments standardisés existants ne peuvent représenter adéquatement les dimensions à prendre en compte dans l'observation projetée. Aussi, doivent-ils bâtir leurs propres instruments et utiliser régulièrement des méthodes d'analyse qualitative. La plupart des chercheurs empruntent cependant les deux méthodologies qualitative et quantitative, de façon complémentaire et comparative.

L'environnement. Point commun de lecture

L'ensemble des modèles théoriques utilisés dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale font tous appel aux déterminants environnementaux, en particulier, le réseau de soutien social, le stress et les événements critiques de la vie. L'environnement apparaît alors comme un facteur de référence dans l'étude de la maladie mentale, qu'il soit pris en compte en interaction avec le biopsychologique ou le socio-culturel. Il confère ainsi une validité aux différents schèmes théoriques dans leur évaluation scientifique et leur application aux programmes d'intervention.

Portée des démarches et des outils d'observation

Les enjeux méthodologiques dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale renvoient aux difficultés de reproduire les exigences de la méthode scientifique tout en rendant compte de la complexité du phénomène étudié (voir tableau 5). La plupart des chercheurs utilisent des instruments standardisés et des analyses statistiques. Certains d'entre eux reconnaissent toutefois la nécessité de construire d'autres outils de cueillette des données et d'effectuer des analyses qualitatives afin de prendre en compte d'autres dimensions sociales ou culturelles. Chacune des démarches utilisées comporte cependant certains aspects problématiques.

Les instruments standardisés utilisés (outils diagnostiques, mesures de fonctionnement à caractère psychosocial, indices d'événements critiques, échelles de soutien social, etc.) proviennent en général d'autres pays de langue et de culture différentes (États-Unis, Grande-Bretagne, Italie, etc.). Les chercheurs doivent ainsi traduire en français, adapter et valider les outils de mesure. Certains déplorent que faute de temps et de ressources, certaines échelles ne peuvent être utilisées car elles n'ont pas été traduites ou validées, ou que leur validation est restreinte. L'adaptation culturelle des instruments se pose particulièrement dans l'étude des troubles mentaux de sévérité moyenne ou légère.

Certains chercheurs ont mentionné l'inexistence d'instruments capables de mesurer les mécanismes de perception et de réaction au stress; ceux reliés aux modèles de traitement et de réhabilitation en lien avec les besoins des patients et ceux associés aux interventions dans le secteur de la prévention et de la promotion de la santé mentale. À ce sujet, il serait urgent de mettre en place une structure de support et d'échange des services psychométriques selon les types de recherches amorcées et les clientèles desservies.

Les outils qualitatifs (entrevue en profondeur, observation participante, observation directe, récits de vie, étude de cas) sont utilisés dans le but de recueillir des informations qui tiennent compte du sens que le patient donne à son expérience, des styles de parcours thérapeutique, et de la logique de fonctionnement du milieu naturel (communauté, voisinage, les proches). L'analyse de ce type de données qualitatives exige le recours à différentes stratégies pour atténuer la subjectivité du chercheur (codification par plusieurs chercheurs de l'équipe, juges externes, etc.). S'insérant dans un processus éminemment complexe, la méthode qualitative exige de nombreuses ressources tant humaines que financières. D'autre part, la recherche qualitative se heurte à l'incompréhension et au scepticisme des chercheurs fondamentaux d'obédience quantitative.

Cependant, la plupart des chercheurs interrogés perçoivent une plus grande ouverture vis-à-vis l'instrumentation qualitative principalement à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires s'adonnant à certains types de recherche comme la recherche évaluative et la recherche en prévention et en promotion de la santé mentale. La majorité des chercheurs préfère utiliser concurremment les outils quantitatifs et qualitatifs même s'ils éprouvent de la difficulté à intégrer dans une visée unique les lectures ainsi obtenues.

Les aspects éthiques

Tous les modes d'observation utilisés soulèvent des problèmes éthiques réglementés par les comités de déontologie des milieux universitaires et des milieux de pratique et d'intervention. La confidentialité des données semble être une des questions éthiques majeures dans la recherche psychosociale en santé mentale, en particulier dans les démarches d'observation à dominante qualitative sur des échantillons de petite taille. Les risques encourus par les sujets des groupes expérimentaux ou des groupes témoins dans la recherche portant sur les programmes de traitement ou de prévention, représentent un autre enjeu. Pour certains chercheurs, ce problème éthique nécessite une réflexion beaucoup mieux étayée que celle en cours afin d'obtenir l'assurance qu'il ne masque pas une réticence inavouée ou même une résistance explicite des milieux cliniques vis-à-vis le processus de recherche. On a également fait mention que certains codes de déontologie étaient mieux adaptés à la recherche biomédicale qu'à la recherche psychosociale. Cependant, les chercheurs perçoivent à la fois les comités d'éthique et les comités de pairs comme des structures d'encadrement et de support et comme des mécanismes d'entrave à la réalisation de travaux projetés. Il nous apparaît nécessaire de lever cette ambiguïté qui freine, à notre avis, le transfert des connaissances des milieux de recherche aux milieux cliniques. Les exigences minimales du transfert se rapportent, entre autres, à la confiance mutuelle faute d'une participation active des cliniciens à chacune des étapes du processus empirique de recherche (Gauthier et al., 1987).

La collaboration entre les milieux de recherche et les milieux de pratique et d'intervention

L'accès des chercheurs aux milieux de pratique et d'intervention renvoie non seulement à des enjeux éthiques mais aussi aux types de collaboration entre la recherche et la clinique, entre l'investigation et l'action, enrichissant d'autant la pragmatique⁷. Cette situation a été évoquée tout autant par des chercheurs des milieux universitaires que par ceux qui réalisent des travaux de recherche dans les établissements de pratique autres que leur milieu de travail. Selon ceux-ci, la recherche est parfois conçue comme une activité séparée, compartimentée, non intégrée à la pratique et parfois même, comme une obstruction aux objectifs cliniques. Certaines solutions ont été proposées, telles que la formation de chercheurs cliniciens et l'adoption de certaines méthodologies de recherche (recherche-action, recherche qualitative) qui favorisent l'implication immédiate des praticiens, confirmant en cela les observations et recommandations du GIRAME (1988). La revue *Hospital and Community Psychiatry* a publié un numéro spécial sur la recherche en santé mentale aux États-Unis (vol. 40, avril 1989) sous l'angle de la collaboration (de plus en plus impérieuse) entre les milieux universitaires et les milieux d'intervention et de pratique. Les barrières cloisonnant les deux univers s'estompent, mais de nouveaux efforts devront être déployés pour que cette collaboration s'intensifie et ait la continuité souhaitée.

Les aléas du financement

Sources de financement

Aucun organisme de subventions au Canada sauf Ontario Mental Health Foundation ne se consacre spécifiquement à la recherche psychosociale en santé mentale. Le financement de ce type de recherche provient d'organismes finançant la recherche en santé (CRM, PNRDS, FRSQ), la recherche sociale (CQRS), la recherche appliquée à l'intervention ou à l'expérimentation sociale (subventions nationales du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada), la recherche disciplinaire ou universitaire (CRSH, FCAR). D'autres sources de financement proviennent du programme de recherche en santé communautaire des CRSSS, des commandites ministérielles, des budgets de fonctionnement des établissements et des Fondations privées d'établissements ou d'Associations professionnelles. Au Québec, les principaux bailleurs de fonds sont le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). La recherche en santé mentale constitue un domaine prioritaire pour ces deux organismes de recherche.

Un des enjeux majeurs est le sous-financement de la recherche psychosociale en santé mentale. Les chercheurs voient cependant d'un œil optimiste les positions prises par rapport au financement de la recherche, dans *Politique de santé mentale* du gouvernement du Québec (1989a) et dans *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec* (1989b). Selon ces documents, 15 % du budget de la recherche en santé devrait être alloué à la recherche en santé mentale d'ici cinq ans. L'autre enjeu est la sectorisation des organismes de recherche. Pour beaucoup de chercheurs, appréhender le phénomène de la santé mentale selon les déterminants de la santé ou les déterminants sociaux ne correspond pas au développement actuel des connaissances. Cette sectorisation renvoie même une image faussée de la santé mentale. Certains chercheurs ont rapporté que leurs projets avaient eu de la difficulté à être financés par le CQRS ou le FRSQ, soit parce qu'ils portaient sur les deux types de déterminants (santé et social) ou qu'ils énonçaient des problématiques de santé faisant appel à des déterminants sociaux. D'autres chercheurs se sont interrogés sur la pertinence de créer un troisième organisme s'adressant uniquement à la recherche en santé mentale à l'image du National Institute of Mental Health (NIMH).

Les chercheurs interviewés ont insisté sur la nécessité d'une concertation entre le Conseil québécois de la recherche sociale et le Fonds de la recherche en santé du Québec⁸. Un comité conjoint CQRS-FRSQ devrait permettre aux chercheurs se référant aux différents modèles théoriques de la recherche psychosociale en santé mentale (bio-psycho-social; écologique; socioculturel) et utilisant différents types de déterminants, de pouvoir obtenir du financement pour leurs activités. Les chercheurs considèrent qu'il est essentiel de favoriser la multidisciplinarité afin de susciter le développement de ce champ de recherche. Le support à l'infrastructure et les bourses de carrière devraient inciter les chercheurs à articuler leurs connaissances disciplinaires à la recherche psychosociale en santé mentale.

Règles d'attribution. Arbitrage positif et négatif des comités de pairs

Les demandes de subvention de recherche soumises aux organismes de financement sont évaluées par des comités composés de chercheurs reconnus pour leur compétence dans les secteurs de la recherche en santé et de la recherche sociale. Cet arbitrage par les pairs de la qualité scientifique des protocoles de recherche n'est pas sans refléter les positions dominantes de la communauté scientifique. Selon les chercheurs interviewés, certains paradigmes de recherche ou certaines positions épistémologiques seraient favorisés au détriment de certains autres.

Ainsi, les comités d'évaluation privilégieraient la recherche biomédicale dans le secteur de la santé. Les devis expérimentaux, les instruments standardisés, les méthodes d'analyse quantitative seraient avantagés parfois au détriment de la problématique. On jugerait positivement l'utilisation des démarches qualitatives d'observation à titre exploratoire si elles sont intégrées dans un protocole de recherche quantitatif. Les chercheurs ayant reçu leur formation en sciences de la santé partiraient avec une longueur d'avance.

Un des critères d'évaluation des demandes de subvention, fondé sur la moyenne annuelle des publications, favoriserait les chercheurs des sciences fondamentales par rapport aux chercheurs des sciences socia-

les. Les travaux de recherche issus des sciences biologiques, par suite du type et de la durée de certaines expérimentations (expériences en laboratoire), rendraient possible une diffusion plus fréquente de leurs résultats comparativement à ceux issus des sciences sociales. Enfin, l'évaluation par dossier du chercheur plutôt que par projet porterait atteinte à celui qui n'est pas inscrit dans une programmation scientifique d'équipe. On souligne à cet égard que l'infrastructure de la recherche sociale est moins bien développée que celle de la recherche en santé, constat maintes fois répété et repris officiellement dans le Rapport Rochon (Gouvernement du Québec, 1988).

Certains chercheurs recommandent que les comités de pairs, tout en maintenant des standards élevés quant à la rigueur scientifique, développent d'autres critères d'évaluation que ceux appliqués à la recherche biologique et fondamentale. Les chercheurs dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale considèrent qu'ils ne devraient pas avoir à prouver continuellement le bien-fondé scientifique de leurs modèles théoriques et de leurs démarches d'observation. On suggère également que les membres des comités d'évaluation soient pleinement représentatifs de ce domaine de recherche par rapport à l'objet d'étude, aux cadres explicatifs utilisés et aux disciplines qui y contribuent. L'application de ces modifications à la composition et aux règles de fonctionnement des comités d'évaluation réduirait les biais mentionnés et assurerait une meilleure cohérence dans l'acceptation et le rejet des demandes de financement.

Les objets d'occultation

Un certain nombre de projets de recherche ne sont pas subventionnés soit parce qu'ils représentent des coûts trop considérables et qu'ils portent sur des objets novateurs ou qu'ils se localisent dans une zone non encore définie par les organismes subventionnistes.

Les études longitudinales prospectives sont habituellement reconnues comme étant le moyen par excellence pour étudier le processus causal, les mécanismes d'action et d'interaction entre les agents de risque. Les études corrélatives, par leur fixité, sont incapables de rendre compte du processus étiologique dans toute sa complexité (Maziade, 1986). Les types de recherches où on suit des cohortes de la naissance des personnes à leur trentième ou quarantième année de vie pourraient combler l'absence de données empiriques sur la causalité des troubles mentaux. Cependant ces travaux sont presque impossibles à réaliser au Québec en vertu de l'investissement financier requis pour leur réalisation. Les chercheurs observent que les organismes de financement de la recherche devraient prendre plus de risques et subventionner des études à long terme portant sur des paramètres déjà bien appuyés scientifiquement. Certains chercheurs ont proposé qu'une entente entre le FRSQ et le CQRS ou entre ces organismes et les organismes fédéraux de subvention, permettrait de mettre sur pied au moins quelques études de ce type au Québec. On a souligné également la pénurie de recherche en épidémiologie classique portant sur la prévalence et l'incidence des troubles mentaux.

Il existe aussi très peu de travaux de recherche sur la prévention et, en particulier, sur la prévention des troubles mentaux sévères. Certains chercheurs entreprennent des activités dans ce secteur en utilisant les connaissances connues sur les facteurs de risque. Le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale étant en voie de développement, il est nécessaire pour les chercheurs actifs selon cette problématique, de construire des outils d'intervention, de mettre sur pied des services et, dans un deuxième temps, d'en évaluer l'efficacité. Bien que la pertinence scientifique de ce type de démarche soit établie, ces études, qui s'apparentent davantage à la «recherche et développement», sont difficilement finançables. Les organismes subventionnistes hésitent à octroyer des fonds en vue du «développement» d'interventions, lequel apparaît pourtant une étape essentielle aux objectifs de la recherche en santé mentale. Les chercheurs font observer que cette résistance des bailleurs de fonds compromet et ralentit la production des connaissances scientifiques dans ce domaine d'étude.

Comme nous l'avons mentionné dans la section sur les modèles théoriques, plusieurs chercheurs se réfèrent à un schéma explicatif qui incorpore des déterminants biologiques et psycho-environnementaux. Ces devis «mixtes» sont utilisés tant pour la recherche étiologique que pour la recherche sur les traitements et la réhabilitation des personnes. Se situant à la jonction de la recherche sociale et de la recherche en santé,

ce type de recherche nécessite des mécanismes de concertation entre le CQRS et le FRSQ afin d'en faciliter le financement.

On a souligné, enfin, le peu d'appui financier alloué à la traduction, à la validation, à l'adaptation culturelle et à la construction d'instruments de mesure. Dans l'enquête Santé-Québec, par exemple, certains instruments, pourtant essentiels au dépistage et à une meilleure compréhension des processus psychopathologiques en cause, n'ont pu être construits ou validés faute de ressources. Cette situation entraîne une restriction dans la signification et l'application des résultats scientifiques obtenus.

L'enjeu du financement de la recherche psychosociale en santé mentale est majeur si on appuie ce jugement sur les multiples facettes qu'il comporte. Qu'il s'agisse des limites imposées par les sources de financement, de la composition et des modes d'arbitrage des comités de pairs dans le processus évaluatif des demandes de subvention, et des avenues de recherche trop souvent laissées pour compte ou mises en veilleuse faute de ressources suffisantes, tous ces éléments concourent à gêner, voire même à transformer selon des critères administratifs, les conditions de la production et de l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale / maladie psychiatrique.

La diffusion scientifique et le transfert des connaissances

La diffusion scientifique

La diffusion scientifique s'effectue plus souvent par la publication d'articles dans des revues avec comités de lecture, par les communications présentées à des congrès savants et par la publication d'ouvrages spécialisés. À ce sujet, deux enjeux majeurs ressortent de notre rencontre avec les chercheurs. Le premier se manifeste par le nombre limité de revues scientifiques d'expression française et la pondération différente accordée selon l'aire et la langue de diffusion. Le deuxième renvoie aux significations différentes rattachées à la langue de publication par les chercheurs.

Au Québec, la seule revue spécialisée dans le domaine de la santé mentale est la revue *Santé mentale au Québec*. Presque tous les chercheurs interviewés ont publié dans ce périodique. Leurs articles paraissent également dans des revues disciplinaires, professionnelles ou gouvernementales : *Sociologie et Sociétés*; *Anthropologie et Sociétés*; *Apprentissage et Socialisation*; *La Revue québécoise de Psychologie*; *Intervention*; *Santé et Société*. Ces dernières étant le plus souvent de facture thématique, la parution de textes portant sur la santé mentale est très aléatoire. Plusieurs revues canadiennes telles que *Santé mentale au Canada*; la *Revue canadienne de psychiatrie*; la *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire* et la *Revue canadienne de santé publique* diffusent les connaissances produites dans le domaine de la santé mentale. La majorité de celles-ci acceptent des articles en français et en anglais. Les chercheurs ont souligné que ces revues donnent souvent préséance aux articles de langue anglaise. Enfin certains chercheurs ont publié à l'occasion, un article, dans un périodique d'édition suisse, belge et plus rarement française. Le peu de moyens ou d'ouverture ayant trait à la publication des résultats scientifiques en français, selon les chercheurs interviewés, défavorisent la diffusion de la recherche de qualité qui se fait au Québec. L'alternative demeure la publication d'articles en anglais dans des revues canadiennes, américaines ou britanniques telles que : *Social Psychiatry*; *American Journal of Psychiatry*; *Journal of Health and Social Behavior*; *Social Science and Medicine*; *Psychological Medicine*; *British Journal of Psychiatry*, etc...

De façon presque unanime, les chercheurs ont qualifié les revues selon l'évaluation qu'en font les établissements universitaires et les organismes de subvention. Ainsi, les revues québécoises reçoivent une cote modérée, voire inférieure. La revue *Santé mentale au Québec*, par exemple, identifiée comme un excellent périodique, est plutôt perçue comme une revue de transfert des connaissances et non comme un véhicule de diffusion scientifique. Les revues canadiennes obtiennent une cote moyenne, en particulier, si on y publie en anglais. Enfin, les revues de calibre international, en majorité anglophone, remportent la mention d'excellence.

Publier en anglais dans des revues à diffusion internationale est une condition essentielle à l'avancement de la carrière du chercheur et à l'obtention de subventions. L'évaluation positive par la communauté scientifique internationale des travaux d'un chercheur prouve à ses collègues, aux administrateurs et aux clini-

ciens qu'il fait progresser les connaissances dans son domaine. Si pour certains, écrire en anglais s'avère une obligation à laquelle ils doivent se soumettre et exige des ressources supplémentaires en temps et en argent (coûts de traduction), pour d'autres il s'agit simplement du code de la communauté de référence. La science parle anglais, dira-t-on. Diffuser ses résultats de recherche en anglais permet d'être lu par le plus grand nombre possible de gens, de bénéficier de commentaires critiques venant de personnes significatives, et d'être nourri sur le plan scientifique. En corollaire, la diffusion unilingue française isolerait les chercheurs, empêcherait l'avancement des connaissances, garderait les chercheurs francophones dans les ligues mineures et compromettrait la survie de la recherche au Québec.

Pour quelques chercheurs, la communauté québécoise est perçue comme le milieu de référence, tant sur le plan scientifique que sur celui de l'intégration des connaissances dans les pratiques d'intervention. Publier principalement en français devient un choix idéologique justifié par la nécessité de développer la recherche québécoise et de faire profiter ses compatriotes des retombées des résultats scientifiques. Le plus souvent, ces chercheurs privilégient le transfert des connaissances à la diffusion scientifique.

Le transfert des connaissances

Plusieurs études ont souligné l'absence d'interface entre les milieux de recherche et les milieux d'intervention. Peu de travaux de recherche connaissent une large diffusion et celle-ci s'oriente vers les milieux scientifiques (Trent, 1984). Le transfert des connaissances serait un des problèmes majeurs de la formation et de la recherche en sciences sociales (Conseil des universités, 1988). Enfin, la plupart des établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires dont la mission principale consiste dans la distribution des soins et des services en santé mentale, disposent en matière de recherche, d'un réseau d'échanges très restreint. On recommande des solutions structurelles aux «deux solitudes» (Girame, 1988).

Les chercheurs interviewés, qui œuvrent en milieu universitaire, ont le souci de rédiger des rapports vulgarisés, de répondre aux demandes des milieux d'intervention (synthèses de recherche, recension des écrits, instruments de mesure), de participer aux ateliers des congrès professionnels. Certains d'entre eux, poursuivant des objectifs de recherche-action, entretiennent des liens très étroits avec les intervenants.

Cependant, mis à part le programme de subventions d'aide à la diffusion des résultats de la recherche subventionnée du CQRS, il n'existe aucun mécanisme structuré facilitant le transfert des connaissances. Celui-ci exige donc des efforts personnels de la part du chercheur et c'est une fonction qui s'ajoute aux tâches d'enseignement et de recherche. La vulgarisation scientifique ou les activités communautaires sont peu valorisées et prises en considération dans l'évaluation du dossier académique par les établissements d'enseignement et les organismes de financement de la recherche. Comme nous l'avons mentionné auparavant, ces chercheurs doivent souvent choisir entre la diffusion scientifique dans des revues anglophones sur laquelle leur production est jugée et leur implication dans leur milieu d'appartenance (le milieu francophone).

Les chercheurs œuvrant dans des centres de recherche à caractère universitaire, dans des établissements de santé mentale, disposent, de par leur position géographique, d'occasions privilégiées de contact avec les gestionnaires et les intervenants. Les interactions informelles chercheurs-praticiens alimentent les problématiques et les hypothèses de recherche de même que le processus d'intervention. La tradition des conférences, particulièrement en milieu hospitalier, favorise la diffusion des résultats scientifiques auprès des administrateurs et du personnel clinique. Aussi, les travaux de recherche visant à évaluer la mise sur pied de programmes d'intervention et de prévention, associés étroitement aux activités de la pratique, donnent lieu fréquemment à des sessions de formation dirigées par les chercheurs. Malgré leur position avantageuse, ces derniers sont soumis aux mêmes règles institutionnelles que leurs collègues en milieu universitaire et doivent ainsi allier la diffusion scientifique au transfert des connaissances.

Les établissements de santé voués principalement à la distribution des services et des soins de santé, bénéficient de peu d'infrastructures de recherche. La consultation du GIRAME (1988) auprès d'établissements du réseau et d'organismes bénévoles ou communautaires travaillant en santé mentale, a confirmé que dans ces organismes de service, on exerçait peu d'activité de recherche dû aux faibles ressources humaines et matérielles mises à leur disposition. Cette situation entraîne une scission entre le processus de recherche,

la gestion et la pratique. Très peu de mécanismes dans l'organisation du travail facilitent l'intégration des connaissances dans les programmes d'intervention.

Plusieurs instances, ministères, organismes de subvention de la recherche, chercheurs, milieux de pratique et d'intervention, se préoccupent de la question du transfert des connaissances. Considérée comme un enjeu majeur, elle renvoie à des mécanismes institutionnels et structurels des conditions de la production scientifique. À ce sujet, l'étude de Gauthier (1987) révèle que la diffusion de la recherche vers les milieux de pratique consiste principalement dans un processus d'échanges entre chercheurs et intervenants. Dans le même sens, le GIRAME (1988) suggère la mise sur pied d'équipes de recherche composées de chercheurs universitaires et d'intervenants. Pour certains chercheurs, le transfert des connaissances a été un problème trop longtemps négligé. Il devrait constituer un objet d'étude en soi.

Conclusion

Le contexte historique de l'émergence du champ psychosocial au Québec

Lorsqu'on examine le contexte historique de l'émergence du champ psychosocial en santé mentale au Québec, on se rend vite compte de trois faits marquants qui ont influé sur son développement. Le premier renvoie au retard temporel considérable qui existe entre son apparition aux États-Unis à la fin des années 40 et au début des années 50 et son éclosion ici dans les années 70, un décalage d'un quart de siècle. Il n'y a rien d'étonnant, par conséquent, si nous sommes à la remorque de ce qui se fait là-bas comme ailleurs en tant que source d'inspiration. Par contre, ce retard s'explique assez bien par rapport à l'évolution de la psychiatrie au Québec (Bédard et al., 1962; Tremblay, 1987; Wallot, 1988) tant du côté clinique que de celui de la recherche. Au moment de la parution du Rapport Bédard, le sous-système psychiatrique était encore de nature privée et s'incarnait dans un modèle asilaire fortement inspiré par l'idéal monastique de la souffrance et de l'expiation temporisée par l'utilisation d'une pharmacopée appropriée, validée par le modèle bio-médical (strictement organique). La socialisation du système médical et la médicalisation des services sociaux transformera complètement le contexte thérapeutique (Tremblay, 1983a). Quant à la recherche, elle était principalement de nature neuropsychiatrique et était le fait de quelques rares individus.

La deuxième circonstance qui a exercé un impact majeur fut le phénomène des deux solitudes représentées par les sciences de la santé (la psychiatrie, en particulier) et par les sciences sociales jusqu'au milieu des années 70. Le Colloque «Regards anthropologiques en psychiatrie» (Corin et al., 1985) a mis en lumière ce constat et a balisé les voies aux collaborations interdisciplinaires (Tremblay, 1985) en faisant ressortir la nécessité d'une approche globale de la santé mentale / maladie psychiatrique. Tremblay avait également proposé sensiblement la même perspective dans les domaines de la santé (1983c) et de la santé mentale (1983b) dans ses écrits sur le sujet.

La troisième observation porte sur les promoteurs de la recherche psychosociale. Tandis qu'aux États-Unis le mouvement vers le psychosocial s'est constitué à l'intérieur de la psychiatrie par l'évolution des schèmes de compréhension de la maladie mentale et de la nécessité ressentie par les psychiatres de travaux interdisciplinaires, au Québec, ce sont les psychologues, les sociopsychologues et les travailleurs sociaux qui, par leurs travaux sur les déterminants psychologiques et socioculturels de la maladie mentale, ont en quelque sorte suscité graduellement l'élargissement des schèmes étiologiques du désordre psychiatrique et entraîné à leur suite d'autres chercheurs actifs dans le domaine de la santé mentale. Ces premiers acquis ont pour ainsi dire été associés à un bourgeonnement multiple des perspectives conceptuelles et compliqué la définition du champ psychosocial. Mais tous les acteurs du domaine de la santé mentale / maladie psychiatrique (chercheurs, cliniciens, intervenants, etc.) reconnaissent son existence et son importance. Pour autant, c'est un champ qui est freiné dans son développement, comme nous avons cherché à l'illustrer, par des conditions difficiles de production des connaissances nouvelles pouvant générer des modèles thérapeutiques et préventifs novateurs. Mais justement, quel sera l'état de la recherche psychosociale en santé mentale au prochain millénaire? C'est par ce pronostic, inspiré exclusivement des propos de nos interlocuteurs privilégiés, que nous souhaitons conclure notre exposé.

La recherche psychosociale en santé mentale en l'An 2,000

La plupart des chercheurs interrogés se sont sentis mal à l'aise vis-à-vis nos questions se rapportant à la prospective. Un certain nombre d'entre eux ont préféré poser un diagnostic d'ensemble plutôt que d'élaborer leur vision du futur de la recherche psychosociale en santé mentale. Ceux qui se sont aventurés sur le terrain prospectif d'une manière spécifique (donc, au-delà de leurs propos antérieurs) ont eux aussi jugé nécessaire d'évaluer l'état des connaissances dans ce champ d'étude (du genre «State of the art»).

Jugement sur le psychosocial en santé mentale

Certaines observations énoncées dans le Rapport Rochon soit sur la santé, la santé mentale ou la recherche sociale se retrouvent dans les commentaires. Il serait difficile de ne pas les prendre en compte à nouveau mais sous un autre angle, soit celui du champ psychosocial en santé mentale. Nous aborderons successivement : a) le champ d'étude et les chercheurs ; b) les modèles conceptuels ; c) les stratégies méthodologiques et les instruments de mesure ; et d) la nature et l'usage des résultats.

Le champ d'étude. Malgré ses retards, la recherche psychosociale en santé mentale est mieux vue et mieux acceptée par les chercheurs fondamentaux de la biomédecine. En revanche, il est difficile d'intéresser les psychiatres à la recherche psychosociale. (C'est le témoignage d'un psychiatre). À son point de vue, ils sont encore influencés par le modèle où l'organique tient une position dominante. Même si le modèle biomédical a connu une certaine baisse de popularité au moment où le mouvement de l'antipsychiatrie atteignait son sommet, il connaît en ce moment un regain de vitalité dû à l'intérêt grandissant pour l'étude des facteurs héréditaires dans l'étiologie des maladies mentales. Même si le champ du psychosocial en santé mentale connaît une certaine vogue, on n'est pas sans remarquer qu'il existe peu de chercheurs dans les sciences sociales et les sciences humaines qui ont été spécifiquement formés pour entreprendre ce genre de recherche. Mais, s'empresse-t-on de nous faire remarquer que la situation est en train de changer vu qu'il existe maintenant des programmes doctoraux de formation (un à Montréal et un à Québec) et que le marxisme qui a imprégné les sciences sociales des années 70 de sa vision a quelque peu perdu ses insignes de distinction lui, qui n'accordait aucune légitimité à la recherche en santé mentale. À la pénurie des chercheurs qualifiés, il faut ajouter leur manque de persévérance. Cela est dû, comme nous l'avons documenté, aux aléas des conditions de la production des connaissances, mais aussi au fait que ces chercheurs sont constamment soumis à des évaluations pour des fins scientifiques et administratives.

L'unanimité se fait quant à la nécessité de travailler en équipe multidisciplinaire, préférablement dans un centre de recherche localisé dans un milieu de pratique car celui-ci offre des ressources cliniques et matérielles qui n'existent pas dans les milieux universitaires en plus de mieux préparer la voie au transfert des connaissances des milieux de recherche aux milieux cliniques et aux intervenants engagés dans un processus de communautarisation. Ces milieux, toutefois, tout autant que les milieux universitaires, nécessitent des ressources d'infrastructure qui assurent la continuité dans l'effort de recherche. L'insuffisance chronique des ressources est trop bien connue pour en discuter ici.

Les modèles conceptuels. Un grand nombre de chercheurs ressentent la nécessité d'un renouvellement des modèles conceptuels et surtout de leur traduction dans des schèmes opératoires adéquats. Certaines variables, par exemple, tenues pour constantes, ne le sont pas et varient en fonction de caractéristiques individuelles et collectives qui ne sont guère prises en compte dans les études dans les milieux naturels comme cliniques. L'orientation de base «santé mentale» à elle seule mériterait un plus grand nombre d'études à caractère empirique dans les milieux naturels afin de mieux connaître les conditions qui la favorisent comme celles qui la compromettent (les facteurs de risque) dans des trajectoires de vie assez longues. Quelqu'un nous a fait remarquer que la pauvreté conceptuelle de la recherche en santé mentale est trop souvent masquée par «une hypertrophie méthodologique». Tout se passe à ses yeux comme si la finesse des protocoles de recherche, des devis méthodologiques et des instruments de mesure pouvait se substituer à la rigueur et à la précision conceptuelles d'un schème théorique. Si les techniques statistiques sont essentielles à des analyses d'un certain type, elles ne peuvent légitimer leur insertion dans le champ analytique tout entier ni être considérées comme suffisantes pour appuyer l'effort explicatif. À ce propos, la tendance à systéma-

tiquement expliquer par des associations de facteurs (les corrélations simples ou multiples) bloque la voie à une compréhension de la signification de l'expérience de la détresse psychologique ou du désordre psychiatrique grave. Cette perspective sémantique permettrait, croit-on, des avancées importantes. Mais alors, qu'en penseront les comités de pairs? Ne risquent-ils pas, en ce moment, de repousser ce genre de propositions de recherche du revers de la main?

Les stratégies méthodologiques et les instruments de mesure. On note, avec une grande satisfaction, l'ouverture vers une complémentarité instrumentale mieux comprise où les méthodes qualitatives ne font pas figure de parent pauvre, c'est-à-dire, de complément d'information mais deviennent utilisées parce qu'elles ajoutent de la profondeur et de la richesse aux éléments d'observation. Les chercheurs biomédicaux, d'ailleurs, deviennent eux-mêmes de plus en plus conscients des limites des instrumentations quantitatives. Même si c'est encore avec une certaine timidité, ils se tournent vers les sciences humaines et les sciences du comportement espérant que celles-ci pourront bâtir des instruments qualitatifs standardisés utiles pour eux dans leurs démarches spécifiques. Le cloisonnement des sciences de la santé et des sciences sociales demeure encore une pierre d'achoppement dans ce champ de recherche.

La nature et l'usage des résultats. Une des graves lacunes de la recherche psychosociale est que peu de travaux interactifs sont orientés en fonction de la prévention et de l'élimination des facteurs de risque (promotion de la santé). Qui plus est, il n'est pas toujours facile de transposer les résultats de la recherche en santé mentale par suite de la dichotomisation structurelle du champ et des rapports aléatoires qu'entretiennent entre eux les chercheurs, les cliniciens et les intervenants.

Une vision optimiste de l'avenir

Les chercheurs du champ psychosocial en santé mentale sont optimistes par rapport à l'avenir de ce champ d'étude. D'une part, bon nombre de chercheurs fondamentaux reconnaissent qu'ils ne peuvent nier l'influence des facteurs psychosociaux sur la «causalité» et la chronicité des troubles mentaux. D'autre part, les positions ministérielles récentes tant par rapport à la politique de la santé mentale qu'aux nouvelles orientations sociosanitaires permettent les meilleurs espoirs si elles sont incarnées dans des pratiques concrètes. Cependant, ce champ d'études connaîtra sa maturité seulement si on lui accorde les ressources financières qui sont nécessaires à son développement.

Quand les chercheurs mentionnent des thématiques de recherche d'avenir, ils se réfèrent à la fois aux types de recherche en cours aux États-Unis, aux «vrais problèmes psychiatriques», et aux mutations socioculturelles d'importance qui deviennent des facteurs de risque pour l'individu et la collectivité. Ainsi, par exemple, aux États-Unis, selon un de nos informateurs, des recherches en vogue en ce moment portent sur les groupes d'entraide (le réseau de soutien) et sur le renforcement des pratiques d'auto-santé dans un contexte moderne où parallèlement au système médical officiel existent différents systèmes alternatifs. Il mentionne encore que les Américains sont déçus par l'absence de résultats cliniquement utilisables de l'approche biologique. Aussi, sont-ils prêts à se laisser apprivoiser aux approches sociopsychologiques et à celles de la psychologie humaniste.

Les suggestions sur les thématiques sont peu nombreuses mais elles illustrent pour la psychiatrie et les sciences sociales des différences notables dans les préoccupations. Dans le premier cas, on préconise des travaux sur les troubles sévères de comportement, les psychoses, l'alcoolisme et les autres toxicomanies et l'incompétence parentale grave et sévère. Du côté des sciences sociales, les thèmes renvoient à la diversité culturelle, à la violence, aux désastres environnementaux, aux inégalités socio-économiques, à la participation et à la qualité des réseaux sociaux de support. On préconise, enfin, une meilleure sensibilité vis-à-vis les mutations socioculturelles et les conséquences qu'elles suscitent chez les individus, dans leurs processus adaptatifs.

Notes

1. Par recherche sociale, nous entendons toute recherche portant sur les aspects psychosociaux et socioculturels de la santé ainsi que celles se rapportant aux «problèmes sociaux» couverts jadis pas l'expression «pathologie sociale» jugée aujourd'hui désuète et inacceptable. Ce type de recherche, comme il est affirmé dans la brochure du CQRS, peut être «clinique, étiologique, épidémiologique».

que, organisationnelle, évaluative ou prospective. La recherche peut être abordée sous l'angle des acteurs, des problématiques ou des ressources. Ainsi, les clientèles, les politiques, les pratiques, les services eux-mêmes, ainsi que leurs fondements, sont autant d'objets légitimes de la recherche sociale (1988, 10).

2. «Recherche sur le social» est le concept utilisé en France pour désigner sensiblement le même univers d'observation identifié par la notion de recherche sociale utilisée dans le contexte nord-américain. Pour obtenir des informations sur les conditions socio-politiques de la production et de l'utilisation des connaissances dans ce secteur d'étude, voir Tremblay, Picard et Boisvert (1988) et Tremblay (1989).
3. Nous tenons à exprimer nos remerciements ainsi que notre profonde gratitude à ces quatorze chercheurs qui nous ont offert leur collaboration et qui se sont prêtés avec un sens peu ordinaire de responsabilité professionnelle à nos nombreuses interrogations. C'est madame Poirier qui a effectué les entrevues auprès d'eux après s'être assurée de leur disponibilité. Nous avions prévu quelques autres rencontres qui n'ont pu être tenues à la suite de circonstances hors de contrôle soit de la part de ces informateurs ou de notre part. Le travail présenté ici constitue une amorce, un premier coup de sonde. Nous entendons le poursuivre dans les mois qui viennent.
4. La santé mentale est un des thèmes prioritaires de la recherche «sur le social» en France (Tremblay, Picard, Boisvert, 1988, 116-129). Le National Institute of Mental Health (NIMH) des États-Unis y consacre à chaque année des sommes qui ne cessent de s'accroître.
5. Nous référons ici aux deux continua établis par le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (1988, 9). Dans ce même document, la santé mentale est définie comme suit : «(...) est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale» (Idem, 7).

Le trouble mental y est défini «comme une maladie caractérisée, qui peut être diagnostiquée et qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. Les troubles mentaux résultent de facteurs biologiques, psychosociaux ou de problèmes de développement et ils sont, du moins en principe, justifiables d'interventions semblables à celles qui sont utilisées dans le cas de maladies physiques (c'est-à-dire, la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation)» (Ibidem, 8).

6. Il semble y avoir un intérêt renouvelé pour les recherches sur les facteurs génétiques, particulièrement aux États-Unis, après l'intérêt marqué pour les études s'intéressant aux facteurs environnementaux dans les années 70. Le NIMH, par exemple, vient d'octroyer au Professeur Nicholas Barden de l'Université Laval une somme de 500,000 \$ afin qu'il puisse poursuivre ses travaux de recherche «visant à identifier des marqueurs moléculaires pouvant servir à diagnostiquer les personnes qui montrent des prédispositions génétiques à la psychose maniaco-dépressive». Affaires Universitaires, juin-juillet 1989, 11.
7. Voici la définition que nous proposons pour ce concept. Étude de cas en profondeur, pleinement contextualisé pour qu'il devienne signifiant à travers une compréhension de ses fondements et de ses multiples expressions conscientes (le dit et le non-dit) et inconscientes ainsi que du recours continu par le patient à des représentations particulières de ce qu'il fait et de ce qu'il dit afin d'en saisir la valeur et la portée pour lui sur le plan existentiel.
8. Il existe en ce moment des pourparlers suivis entre le FRSQ et le CQRS en vue de l'établissement d'un programme conjoint dans le domaine de la santé mentale. À notre avis, ce programme conjoint constituerait une véritable percée pour la communauté scientifique québécoise car il permettrait d'enrayer les principales difficultés rencontrées par les chercheurs actifs dans ce domaine d'étude.

Références

- Apollon, W., 1988, Psychanalyse et traitement des psychotiques, *Santé mentale au Québec*, 13, no. 1, 161-176.
- Barchas, J.D. et al., 1988, Research resources, *Schizophrenia Bulletin*, 14, no. 3, 439-461.
- Barrera, M., 1986, Distinction between social support concepts, measures and models, *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Bédard, D., Lazure, D., Roberts, C.A., 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Belsky, J., 1980, Child maltreatment: an ecological integration, *American Psychologist*, 35, no. 4, 320-335.
- Berlinguet, M. et al., 1988, *Les aspects psychosociaux du SIDA: Problématique et Intervention*, Rapport du sous-comité sur les aspects psycho-sociaux du SIDA, Québec, MSSSQ, 137 p.
- Bouchard, C., Desfossés, E., 1989, Utilisation des comportements coercitifs envers les enfants: stress, conflits et manque de soutien dans la vie des mères, *Apprentissage et socialisation*, 12, no. 1, 19-28.
- Bronfenbrenner, U., 1979, *The Ecology of Human Development*, Cambridge, Harvard University Press.
- Brown, G.W., Harris, T., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London, Tavistock.
- Carpenter, W.T. et al., 1988, Treatment, services and environmental factors, *Schizophrenia Bulletin*, 14, no. 3, 427-437.
- Centre de recherche Laval Robert-Giffard, *Rapport annuel 1988-1989*, 16 p.
- Centre de recherche psychiatrique Hôpital Louis-H. Lafontaine, *Rapport annuel 1988*, 62 p.
- Conseil des universités, 1988, *Étude sectorielle en sciences sociales*, Rapport préliminaire, Québec.
- Corin, E., Lamarre, S., Migneault, P., Tousignant, M., 1987, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Éd. du Girame, Montréal.
- Corin, E., 1987, *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rochon).

- Corin, E., 1988, La culture, voie royale vers l'élaboration d'une psychiatrie scientifique, *Santé, Culture, Health*, 5, no. 2, 157-175.
- Corin, E., 1989, *Toward an Approach of Determinants of Health*, Présentation au Canadian Institute for Advanced Research.
- Corin, E., Lauzon, G., 1988, Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, *Santé mentale au Québec*, XIII, no. 1, 69-86.
- Cormier, H.J. et al., 1987, Évaluation d'un programme de santé mentale pour jeunes adultes psychotiques, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 6, no. 2, 107-116.
- Cousins, N., 1988, Intangibles in medicine: an attempt at a balancing perspective, *Journal of the American Medical Association*, 260, no. 11, 1610-1612.
- Cunningham, A.J., 1987, A new medical theory: infomedicine, *Advances*, 3, no. 5, 33-56.
- DSC, C.H. de Verdun, 1988, 1987-1992. *La santé mentale: un domaine d'intervention prioritaire au DSC Verdun*, Équipe du module psychosocial, 37 p.
- DSC, Hôpital Général de Montréal, La santé mentale, *Vivre au maximum*, 2 p.
- Dorvil, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 79-89.
- Dorvil, H., 1988, L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec*, XIII, no. 1, 105-118.
- Dufresne, J., Dumont, F., Martin, Y., eds., 1985, *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*, Québec, IQRC.
- Fine, T. et al., 1989, Models of state funding for mental health research, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, no. 4, 383-392.
- Foss, L., Rothenberg, K., 1987, *The Second Medical Revolution: From Biomedicine to Infomedicine*, Boston et London, New Science Library.
- Garbarino, J., 1977, The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research, *Journal of Marriage and the Family*, 39, no. 4, 721-735.
- Gauthier, F., Leblanc, P., L'heureux, M.N., 1987, *La recherche sociale effectuée en lien avec les milieux de pratique et d'intervention: conditions favorables à sa réalisation: quatre études de cas*, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, 5 volumes.
- Gouvernement du Canada, 1988, Santé et Bien-être social Canada, *La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre*, 23 p.
- Gouvernement du Québec, 1970, *Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être social*, Québec.
- Gouvernement du Québec, 1988, *Rapport de la Commission d'Enquête sur la santé et les services sociaux*, Québec, MSSS.
- Gouvernement du Québec, 1989a, *Politique de santé mentale*, 62 p.
- Gouvernement du Québec, 1989b, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations*, 147 p.
- Gravel, P., 1989, Anthropologie et psychiatrie sociale au service de la santé mentale, *Bulletin d'informations du Fonds de la recherche en santé du Québec*, I, no. 3, 2 p.
- Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME), 1988, *La recherche en santé mentale et toxicomanie: spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement au Québec*, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, 367 p.
- Hodgins, S., Gaston, L., 1987, Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 124-134.
- Hofland, B.F., 1988, Autonomy in long term care: background issues and a programmatic response, *The Gerontologist*, 28, 3-9.
- Hyland, J.M., Novotny, E., Coyne, L., 1981-1982, Psychosocial aspects of oncology: challenges and problems of research in a radiotherapy center of a community hospital, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, II, no. 4, 341-351.
- Jahoda, M., 1958, *Current Concepts of Mental Health*, New-York, Basic Books.
- Kirkmayer, L.J., 1984, Culture affect and somatization, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 2, no. 3, 159-188.
- Kosub, S.M., Carreto, M.C., 1981, Juvenile diabetes: current trends in psychosocial research, *Social Work in Health Care*, 6, no. 4, 91-101.
- Lalonde, P., Grunberg, F., eds., 1988, *Manuel de psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale*, Québec, Gaétan Morin.
- Lavoie, F., 1984, Action research: a new model of interaction between the professional and self-help groups in Gartner, A., Reissman, F., eds, *The Self-Help Revolution*, New-York, Human Sciences Press, 173-182.
- Lavoie, F., 1982, L'influence des agents sociaux sur l'intervention de réseaux et les groupes d'entraide, *Acte du colloque sur la recherche sociale*, Conseil québécois de la recherche sociale, 43-54.
- Lefebvre, Y., 1988, *Psycauses*, Yvon Lefebvre ed., Montréal, 176 p.
- Leigh, H., Reiser, M.F., 1977, Major trends in psychosomatic medicine: the psychiatrist's evolving role in medicine, *Annals of Internal Medicine*, 87, no. 2, 233-239.

- Lesage, A., 1987, Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 117-123.
- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Vaughn, C.E. et al., 1980, Social and family factors in the course of schizophrenia: toward an interpersonal problem solving therapy for schizophrenics and their families in Strauss, J., ed. *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Plenum, New-York, 21-54.
- Lipowski, Z.L., 1968, Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, *Psychosomatic Medicine*, 11, 273-281.
- Lock, M., Gordon, D., eds, 1988, *Biomedicine Examined*, London, Kluwer Academic Publishers.
- Massé, R., 1989, Le support du rôle parental et la prévention de la violence faite aux enfants, *Apprentissage et socialisation*, 12, no. 1, 59-64.
- Maziade, M., 1986, Études sur le tempérament: Contribution à l'étude des facteurs de risques psychosociaux de l'enfant, *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 34, no. 8-9, 371-382.
- Mercier, C., 1987, *Rapport entre la position dans le réseau psychiatrique, l'utilisation des services et la qualité de la vie chez les patients psychiatriques chroniques*, Québec, CQRS.
- Nadeau, L., 1989, La mesure des événements et des difficultés de la vie; un cas particulier des problèmes méthodologiques liés à l'étude de l'étiologie sociale des troubles mentaux, *Santé mentale au Québec*, XIV, no. 1, 121-131.
- Nelkin, D., 1987, Aids and the social sciences: review of useful knowledge and research needs, *Reviews of Infectious Diseases*, 9, no. 5, 980-986.
- Pelletier, K.R., Herzig, D., 1987, Psychoneuroimmunology: toward a mind-body model, a critical review, *Advances*, V, no. 1, 27-56.
- Perreault, R., Laurendeau, M.C., Mongeon, M., 1987, *La promotion de la santé mentale chez les jeunes: une approche participative de haut niveau*, Communication présentée lors du Colloque annuel du Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, Québec.
- Rabin, B.S., Cunnick, J.E., Lysle, D.T., 1987, Alteration of the immune system by housing, *Advances*, 5, no. 1, 15-25.
- Saucier, J.F., Ambert, A.M., 1988, Adaptation des adolescents au décès ou au divorce des parents, *Santé mentale au Québec*, 13, no. 2, 69-78.
- Sévigny, R., 1988, *La sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin, 2 volumes.
- Thoits, P.D., 1983, Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature, in Kaplan, H.B., ed., *Psychological Stress: Trends in Theory and Research*, New-York, Academic Press, 33-103.
- Tousignant, M., Mishara, B.L., 1981, Suicide and culture, a review of the literature (1969-1980), *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, 5-31.
- Tousignant, M., Kovess, V., 1985, L'épidémiologie en santé mentale: le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec, *Sociologie et Sociétés*, XVII, 15-26.
- Tousignant, M., 1987, *L'étiologie sociale en santé mentale*, Québec, CQRS, 137 p.
- Tremblay, M.A., 1983a, L'anthropologie de la santé: une réponse aux innovations dans le système médical québécois, *Santé, Culture, Health*, 1, no. 2, 14-22.
- Tremblay, M.A., 1983b, La santé en tant que phénomène total in Joshi, P., De Grace, G., eds, *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal, Décarie Éditeur Inc, 49-89.
- Tremblay, M.A., 1983c, *Une perspective holiste dans l'étude de la santé / A Holistic Approach In the Study of Health*, Mémoires de la Société Royale du Canada, XXI, 3-19.
- Tremblay, M.A., 1985, La diversité culturelle et la pratique psychiatrique in Corin, E. et al., eds, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Les Éditions du GIRAME, 151-157.
- Tremblay, M.A., 1987, La révolution tranquillisante en psychiatrie: paradigmes, univers des pratiques et représentations sociales *Pour un réseau autonome en santé mentale?*, Montréal, COSAME, 6-18.
- Tremblay, M.A., Picard, G., Boisvert, J.C., 1988, *La recherche sociale en France: les enjeux, les moyens, la valorisation*, Québec, CQRS.
- Tremblay, M.A., mai 1989, *Statut et pratiques de la recherche sur le social en France*, Communication, Congrès de la Société canadienne d'anthropologie médicale, Ottawa.
- Trent, J., 1984, Conseil des sciences du Canada, *La recherche en sciences sociales au Canada: stagnation ou régénération*, Ottawa.
- Wallot, H., 1988, Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec, *Santé mentale au Québec*, XIII, no. 2, 21-34.
- Westermeyer, J., 1988, Resuming social approaches to psychiatric disorder: a critical contemporary need, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, no. 2, décembre, 703-706.
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A., Rosenberg, R., 1986, *Philosophy of Medicine: An Introduction*, Boston, Blackwell Scientific Publications.